

Tampon dateur de la MDPH

# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa

N° 13788\*01

Réinitialiser

Imprimer

Pour remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer du logiciel Adobe Reader 9 ou supérieur.

## A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : Pays : FRANCE \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale ou NIR : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Type de voie \_\_\_\_\_ Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale :  Mère  Père  Les deux  Autre

Mère

Père

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

N° et rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

■ Nom :

■ Prénom :

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Type de voie \_\_\_\_\_ Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Type de voie \_\_\_\_\_ Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF  MSA  Autre

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Prénom (s) de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Type de voie \_\_\_\_\_ Nom de la voie \_\_\_\_\_

Complément \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  En couple sans être marié(e)  Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :

Type de contrat : \_\_\_\_\_ Vous \_\_\_\_\_ Votre conjoint \_\_\_\_\_  
 CDI  CDD  Apprentissage  CDI  CDD  Apprentissage

Date de début du contrat : \_\_\_\_\_

Date de fin du contrat : \_\_\_\_\_

en milieu protégé ESAT depuis le : \_\_\_\_\_

■ Nom : \_\_\_\_\_

■ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

|   | Vous  | Votre conjoint  |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :</b><br>Le stage est-il rémunéré ?<br>Nom de votre employeur :<br>ou organisme de formation<br>Adresse de votre employeur : N° et Rue :<br>ou organisme de formation<br>Complément d'adresse :<br>Code postal :<br>Commune :<br>Téléphone de votre employeur : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>_____<br>N° Nom de la voie<br>Complément<br>Code postal<br>Localité  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>_____<br>N° Nom de la voie<br>Complément<br>Code postal<br>Localité  |
| <input type="checkbox"/> <b>Non salarié(e) depuis le :</b><br>y compris exploitant agricole, prof. Libérale<br>Précisez à quel régime vous cotisez :  | _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :</b><br>Indemnisé(e) depuis le :   |   |   |
| Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique :   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non   |
| <input type="checkbox"/> <b>Retraité(e) depuis le :</b><br>Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ?<br>Avez-vous demandé une pension de retraite ?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |
| <input type="checkbox"/> <b>Bénéficiaire d'une pension depuis le :</b><br>Catégorie de la pension d'invalidité :<br>Rente accident du travail :<br>Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'Invalidité :  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b><br>(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)<br>Précisez :  | _____   | _____   |

### A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social  
 Vous êtes hospitalisé(e)  
 Autres cas, précisez : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement :

N° Extension Type de voie Nom de la voie  
Complément Code postal Localité

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire  
 Propriétaire ou accédant à la propriété  
 Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)  
 Autres cas, précisez : \_\_\_\_\_

## **B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)**

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

\_\_\_\_\_



■ Nom : \_\_\_\_\_

■ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

### E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

### F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH  
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ?

Oui  Non

**Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :**

Aide humaine  
Précisez :

Aide technique, matériel ou équipement  
Précisez :

Aménagement du logement / Déménagement  
Précisez :

Aménagement du véhicule / surcoût du transport  
Précisez :

Charges spécifiques / exceptionnelles  
Précisez :

Aide animalière  
Précisez :

### G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N°                      Extension                      Type de voie                      Nom de la voie

Complément                      Code postal                      Localité

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

■ Nom : \_\_\_\_\_

■ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

**H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources**

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH     Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

un revenu issu d'une activité en ESAT

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

En cas de doute, précisez la nature du revenu : \_\_\_\_\_

**I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle**

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

Prime de reclassement

Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

Orientation / Reclassement :  Formation

Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

Milieu protégé (ESAT)

**J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes**

**Quelle est votre situation** actuelle ? Vous bénéficiez de :

Un accueil de jour    Précisez : \_\_\_\_\_

Un hébergement de nuit    Précisez : \_\_\_\_\_

Un hébergement permanent    Précisez : \_\_\_\_\_

Un accompagnement    Précisez : \_\_\_\_\_

Autres (accueils temporaires ...)    Précisez : \_\_\_\_\_

**Quelle orientation souhaitez-vous ?**

Un accueil de jour (CAJ, ...)

Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

Autres (accueils temporaires ...)

**Date d'entrée souhaitée :**

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

**Nom :** \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

■ Nom : \_\_\_\_\_

■ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

## K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- ▶ le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- ▶ la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- ▶ l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "priorité pour personne handicapé" ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- ▶ les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ?

Oui  Non

## L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- ▶ Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- ▶ Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal  
(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- ▶ Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes);
- ▶ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus

Je suis :  la personne concernée  ou son représentant légal

**« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.